

THÈSE

POUR LE

540

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

PAR

ALBA PÉREZ Arturo

Né le 7 Juillet 1909, à Guantánamo (Cuba)

**Contribution à l'étude
des rapports entre la natalité
et la mortalité infantile**

Président : M. P. NOBECOURT, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939

THÈSE

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

PAR

ALBA PÉREZ Arturo

Né le 7 Juillet 1909, à Guantánamo (Cuba)

Contribution à l'étude des rapports entre la natalité et la mortalité infantile

Président : M. P. NOBECOURT, Professeur



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.	CHEVASSU.
Clinique urologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAÎTRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique.	TROISIÈRE.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-Sociale	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN.	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
FEY.	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.	Parasitologie.
GASTINEL.	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.
HALPHEN.	Oto - rhino-laryngologie.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.
JOANNON.	Hygiène.
LACOMME.	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL.	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} J. LÉVY.	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET.	Physiologie.
SÈNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY.			

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547520_0079

A MON PERE

*A qui je dois tout, en hommage à sa
vie exemplaire que je m'efforcerai d'imi-
ter.*

A MA MERE

*Bien faible preuve de mon grand
amour filial.*

A MES FRERES

A MES SŒURS

A MES NEVEUX

A TOUS LES MIENS

A MA FEMME

*Sa tendresse me fut toujours le plus
précieux soutien.*

*En gage de la profonde affection qui
nous unit.*

A MON FILS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. NOBECOURT

Professeur de Clinique médicale des Enfants
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression respectueuse de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR J.-M. LEMEE

Oto-Rhino-Laryngologiste
de l'Hôpital des Enfants-Malades
et de l'American Hospital of Paris
Commandeur de la Légion d'honneur

*Témoignage de notre profonde grati-
tude et notre respectueux attachement.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR RICHIER
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

*Hommage d'admiration et de profond
respect.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR J. ZHA
Ancien Interne des Hôpitaux
Médecin assistant d'Oto-Rhino-Laryngologie
à l'Hôpital des Enfants-Malades

*Que je ne saurais trop remercier de
tout ce qu'il m'a enseigné.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR P. AMEVILLE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMOND

MONSIEUR LE DOCTEUR DESPLAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE SEZARY

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ECALLE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MON AMI LE DOCTEUR R. CABALLERO

A MADAME ET MONSIEUR LE DOCTEUR VOLCAN

*Avec toute ma reconnaissance pour
leur encouragement et leur sincère
amitié.*

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDES

INTRODUCTION

Il n'y a pas si longtemps encore on ignorait partout le nombre des naissances, le nombre des décès et c'est à peine qu'on évaluait très approximativement la population à l'aide de recensements effectués à de rares intervalles. On ignorait donc le bilan démographique de son propre pays et, à plus forte raison celui des pays voisins, de sorte que « l'espace vital » ne figurait pas encore parmi les « casus belli ». Cet état de choses fait aussi qu'il est très difficile de se faire une opinion exacte sur le peuplement des divers pays, lorsqu'on veut remonter à une période antérieure à 1850. Il est néanmoins indiscutable que la population de l'Europe a à peu près doublé depuis un siècle, malgré une baisse certaine de la natalité dans tous les pays, à l'exception de la Russie.

Le peuplement d'un pays résulte du rapport entre la natalité et la mortalité. Lorsqu'il y a un excédent de natalité, la population augmente et lorsque l'excédent porte sur la mortalité, la population diminue. On a cependant critiqué ce bilan brut car il ne tient pas compte de la répartition de la population par âges. On peut avoir un excédent de naissances à cause de l'accroissement de la longévité. Pour se rendre compte de la vitalité d'un peuple, il est donc peut-être plus rationnel d'établir un rapport entre la natalité et la mortalité infantile seulement (cette dernière comprenant le nombre de sujets décédés entre 0 et 1 an rapporté à 1.000 naissances).

Nous étudierons donc dans ce travail le rapport entre la natalité et la mortalité infantile afin d'en envisager l'évolution dans les principaux pays du monde et d'essayer d'en tirer des indications pour l'avenir. Malgré que nous pensions que l'un des deux facteurs essentiels du peuplement, la natalité, échappe à peu près complètement à nos moyens d'action, nous croyons pouvoir tirer des conclusions rassurantes de l'étude des statistiques. Loin de se dépeupler, les pays civilisés accroissent sans cesse leur population et la France est loin d'être une exception à cette règle. En effet, au fur et à mesure que la natalité baisse, la mortalité infantile diminue aussi, de sorte que, dans certains cas, les prévisions font supposer une très forte augmentation de la population.

Ceci ne veut pas dire, bien entendu, que l'on doit s'abandonner au jeu des facteurs naturels. En effet, si le bilan du peuplement est positif, c'est grâce aux efforts qui ont été poursuivis pour combattre la mortalité infantile. Non seulement la théorie, mais aussi les résultats déjà obtenus prouvent à quel point la mortalité infantile est accessible à nos moyens sanitaires. Certes, on finira par arriver à la limite de nos possibilités actuelles, mais jusque-là celles-ci peuvent se perfectionner. Il y a d'ailleurs encore de nombreux pays où les possibilités actuelles sont très loin d'être exploitées. Il est à noter actuelles sont très loin d'être exploitées. Il est à noter que ce sont généralement les pays où la natalité s'est maintenue à un niveau relativement élevé, de sorte que le rapport natalité-mortalité infantile reste à peu près constant.

CHAPITRE PREMIER

EVOLUTION DE LA NATALITE

Sans remonter jusqu'aux chiffres anciens, nous allons donner le taux de la natalité dans les principaux pays pour la période de 1905-1909, de 1921-1925, pour 1934 et pour 1937. Ces quatre chiffres nous permettront de nous rendre compte de l'évolution de la natalité depuis 35 ans.

PAYS	1905-09	1921-25	1934	1937
Allemagne	32,5	22,1	18	18,8
Belgique	23,0	20,4	16	15,1
Danemark	28,4	22,3	17,8	18,0
France	20,1	19,3	16,2	14,7
Hongrie	37,0	29,4	21,9	20,2
Italie	32,6	29,7	23,4	22,7
Pays-Bas	30,0	25,7	20,7	19,8
Pologne	—	35,1	26,5	24,9
Royaume-Uni	26,7	20,4	15,2	15,3
Suède	25,6	19,1	13,7	14,3
Suisse	26,4	19,5	16,2	15,0
Etats-Unis	25,1	22,5	17,1	16,6
Canada	—	27,4	20,5	20,0
Argentine	—	32,8	25,3	24,0
Japon	32,2	34,6	29,9	—
Nouvelle-Zélande ..	—	22,2	16,5	17,3

Ce tableau nous montre une baisse de la natalité dans tous les pays que nous avons pu étudier. Même si l'on n'envisage que les dernières années, on voit à la rigueur une légère tendance au redressement dans certains pays. Au Danemark, on voit une augmentation de 0,2 entre 1934 et 1937; en Grande-Bretagne, 0,1 pendant la même période. Même phénomène en Suède (0,6 %). Que devient alors l'accroissement de la natalité sur lequel insistent tant les auteurs allemands comme sur un des bienfaits du régime national-socialiste? Voici en détail les chiffres de ce pays :

1925	20,7
1926	19,5
1927	18,3
1928	18,6
1929	17,9
1930	17,5
1931	16,0
1932	15,1
1933	14,7
1934	18,0
1935	18,9
1936	19,0
1937	18,8

Il y a incontestablement une stabilisation de la natalité depuis 1934, mais cette même stabilisation se retrouve dans d'autres pays qui n'ont pas changé de régime politique. Donnons deux exemples, la Norvège et la Grande-Bretagne.

ANNÉES	NORVÈGE	GRANDE-BRETAGNE
1925	19,7	18,3
1926	19,6	17,8
1927	18,1	16,6
1928	17,9	17,2
1929	17,3	16,7
1930	17,0	16,8
1931	16,7	15,8
1934	14,6	15,2
1935	14,4	15,2
1936	14,8	15,3
1937	15,3	15,3

Il y a donc, depuis 1934, une stabilisation du taux de la natalité dans tous les pays. En France, l'abaissement s'est également ralenti. Nous reviendrons plus loin sur les causes probables de cette stabilisation, mais nous pouvons dire dès maintenant que le régime politique et les mesures prises en faveur de la repopulation n'y sont certainement pour rien.

Il existe un petit nombre de pays où la natalité est stable depuis une trentaine d'années. Il en est ainsi de la Russie où la natalité était de 45,5 en 1905 et de 43,7 en 1927. Nous n'avons pu trouver de chiffre plus récent. Selon les renseignements que nous avons pu avoir de Cuba, la natalité y a augmenté depuis 1921. Voilà les taux approximatifs (les statistiques ne donnent pas de chiffres précis :

1921-25	17
1926-30	25
1932	17

1933	18
1934	19

Le même accroissement se voit également au Mexique où, entre 1921 et 1937, le taux de la natalité a augmenté de 31,9 à 39,9.

Il nous semble que ces chiffres nous autorisent à conclure à un abaissement général de la natalité qui tend actuellement à se stabiliser, mais à un taux très inférieur. Les quelques exceptions que nous avons notées ne font que confirmer la règle.

CHAPITRE II

EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE

Après avoir constaté une baisse générale de la natalité, nous allons étudier maintenant l'allure des statistiques de mortalité infantile. Nous prenons comme repères 1910, 1920, 1930 et 1937, dates des dernières données trouvées dans l'*Annuaire de la Société des Nations* :

PAYS	1910	1920	1930	1937
Allemagne	186	130	84	64
Belgique	145	104	93	80
Danemark	114	91	82	66
France	132	99	79	65
Hongrie	209	147	106	95
Italie	160	127	106	110
Pays-Bas	125	73	51	38
Angleterre	128	80	60	61
Suède	84	63	54	46
Suisse	124	84	51	47
Etats-Unis	—	74	65	57
Canada	—	98	89	66
Argentine	—	116	104	101
Japon	—	159	124	117
Nouvelle-Zélande ...	—	43	34	31

Il ressort très clairement de ce tableau que la mortalité infantile baisse dans tous les pays avec la même tendance à la stabilisation que pour la natalité. On a l'impression que chaque pays a épuisé les moyens qui lui ont permis d'abaisser sa mortalité infantile. Comment se fait-il alors que ce taux stabilisé soit si différent suivant les pays, puisqu'il varie de 100 environ pour l'Italie jusqu'à 30 pour la Nouvelle-Zélande?

Il y a cependant encore des pays où la mortalité infantile baisse progressivement et où le taux ne semble pas devoir se stabiliser avant plusieurs années. Il en est ainsi de la France que nous allons mettre en parallèle avec l'Italie pour les dernières années :

ANNÉES	FRANCE	ITALIE
1930	78	106
1931	76	113
1932	77	110
1933	75	100
1934	69	99
1935	69	101
1936	67	100
1937	65	110

En bonne logique, la baisse de la mortalité infantile devrait donc compenser la diminution de la natalité, s'il n'y avait pas la mortalité des adultes. En effet, la France a l'une des plus fortes mortalités générales d'Europe. Voici quelques chiffres à cet égard :

Roumanie	19,3
Irlande	15,3
Portugal	16,0

France	15,0
Italie	14,0
Angleterre	12,6
Allemagne	11,7
Pays-Bas	8,8

En effet, la mortalité générale, bien qu'elle ait subi une diminution notable n'a pas baissé dans les mêmes proportions que la mortalité infantile. Il existe malheureusement des fléaux contre lesquels nous sommes moins bien armés que contre les causes de la mort des nourrissons, mais ces facteurs du peuplement sortent du cadre de ce travail.

*
**

En ce qui concerne les rapports entre la natalité et la mortalité infantile, notons que la France occupe à cet égard une place remarquable. Jetons, en effet, un coup d'œil sur le tableau suivant montrant parallèlement la baisse de la mortalité infantile et celle de la natalité, exprimée en pourcentage :

PAYS	BAISSE DE LA	
	NATALITÉ	MORTALITÉ INF.
Angleterre	43,8	50,9
Suède	37,8	57,5
Danemark	24,5	40
France	24,7	47,2

On voit que la mortalité infantile a baissé en France deux fois plus que la natalité. Etant donné cependant que cette mortalité peut encore subir une baisse, on ne doit

pas considérer qu'on a fait dans ce domaine tout ce qu'on devait faire. Il en est ainsi à plus forte raison pour les pays qui sont loin d'avoir atteint le niveau de la France.

CHAPITRE III

FACTEURS DE LA NATALITE

Nous abordons ici l'un des points les plus délicats de la question du peuplement, celui des conditions qui déterminent le taux de la natalité. On peut dire, dès le début de ce chapitre que nous ne savons à peu près rien sur ce point et les quelques « lois » qu'on a pu établir n'ont qu'une valeur toute relative.

Il est un fait à peu près certain, c'est que les conditions économiques ont une influence secondaire. La misère joue dans le sens opposé à ce qu'on aurait pu croire. Ainsi, Bertillon a pu formuler une loi en montrant que plus on s'élève dans l'échelle sociale plus la fertilité se réduit. Il s'agit là d'un phénomène très général, signalé dans tous les pays, sauf en U. R. S. S. où, au contraire, le nombre des enfants augmenterait avec l'aisance des parents (Pierreville).

Voici une statistique des quartiers de Paris, due à Hersch, qui montre bien ce rôle des classes sociales :

EXCÉDENT DES NAISSANCES
SUR LA MORTALITÉ

I ^{er}	Arrondissement	....	— 1
II ^e	—	....	— 1,8
III ^e	—	....	— 1,8
IV ^e	—	....	— 2,8
V ^e	—	....	0,3
VI ^e	—	....	0,3
VII ^a	—	....	— 2,5
VIII ^e	—	....	— 1,4
IX ^e	—	....	— 1
X ^a	—	....	— 2,6
XI ^e	—	....	— 0,4
XII ^e	—	....	— 1,1
XIII ^e	—	....	2
XIV ^e	—	....	3,1
XV ^e	—	....	— 0,1
XVI ^e	—	....	— 0,1
XVII ^e	—	....	— 0,2
XVIII ^a	—	....	— 0,9
XIX ^e	—	....	0,4
XX ^e	—	....	0,8

On voit donc que, malgré une mortalité également très élevée dans les arrondissements pauvres (X^e, XIII^e, XIV^e, XIX^e, XX^e), la natalité y est suffisamment élevée pour donner un bilan positif.

« Les statistiques nous prouvent — disait Ch. Richet — que les conditions économiques n'influent pas beau-

coup sur les naissances. Le nombre de naissances dépend de l'état psychologique des peuples. » Le sens que l'on doit attribuer à cet état psychologique est assez difficile à définir. Faut-il donner raison aux détracteurs de la France qui attribuent la diminution des naissances à une « dégénérescence »? Il faut alors admettre que toute l'humanité est en train de dégénérer, car nous avons vu que la natalité était en baisse partout et que les différences entre les pays dits dégénérés et ceux qui propagent cette idée est absolument minime lorsqu'on regarde la question d'un peu plus haut et sans passion partisane.

Le rôle de la nuptialité n'apparaît pas très important non plus. Les statistiques récentes montrent que le taux de la nuptialité est tout à fait satisfaisant en France et le mal vient précisément de ce qu'il existe de nombreux ménages sans enfants et avec un seul enfant.

On a beaucoup incriminé le travail de la femme comme facteur essentiel de dénatalité. Que ce facteur existe, c'est incontestable, mais on en exagère certainement l'importance. En effet, la natalité est probablement la plus faible dans les milieux sociaux où la femme ne travaille pas et où son unique rôle consiste à s'occuper de son ménage et éventuellement de ses enfants. Il y a même des pays où le travail de la femme est inexistant et qui participent cependant au mouvement général de dénatalité. Par contre, la fertilité reste grande dans certains milieux sociaux où le travail de la femme est la règle.

Faut-il chercher la cause de la dénatalité dans l'afflux de la population vers les centres urbains? Il y a tout lieu de mettre en jeu ce facteur car les habitations urbaines ne se prêtent guère à des nombreuses familles.

Mais, en fin de compte, on ne peut mieux résumer les facteurs de la dénatalité qu'en disant que celle-ci est la conséquence de la civilisation elle-même. On peut affirmer que ce sont les pays les plus civilisés qui ont la natalité la plus basse et aussi que, dans un même pays, ce sont les éléments les plus civilisés de la population qui procurent le moins.

Ce qui semble certain aussi, c'est que toutes les mesures qu'on a tentées jusqu'ici pour augmenter la natalité se sont montrées vaines. Nous avons déjà vu ce qu'il fallait penser de l'augmentation de la natalité en Allemagne, augmentation que l'on attribue à des mesures d'encouragement au mariage. Quant à la France, voilà ce que dit Landry : « Depuis que la France a commencé sa politique nataliste, le taux de la natalité y a baissé de 18,8 % en 1913 à 17,3 en 1932... »

En effet, les causes profondes de la dénatalité étant inconnues, on ne peut guère préconiser que des palliatifs, d'une efficacité douteuse. Nous pensons que, parmi ceux-ci, deux remèdes doivent occuper la première place : le retour de la femme au foyer et le retour de la famille à la campagne. Il ne faudra cependant pas attendre des merveilles de ces moyens, car, ainsi que nous venons de voir, il y a encore des familles suffisamment nombreuses même lorsque la femme travaille, de même qu'il a des enfants dans les villes. A l'inverse, dans de nombreux ménages sans enfants, la femme ne travaille pas et l'on sait bien aussi que la dénatalité n'épargne pas les campagnes. On constate souvent, par exemple, que la femme cesse de travailler dans une famille lorsqu'elle a plusieurs enfants et leur soin suffit pour occuper son temps.

Il y a donc certainement à la base de la dénatalité générale une raison plus profonde qui échappe non seulement à notre compréhension, mais aussi à nos moyens d'action.

CHAPITRE IV

LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE INFANTILE

Si l'on a l'impression d'être à peu près complètement désarmé devant la diminution de la natalité, il n'en est pas de même pour la mortalité infantile. On peut dire que tout le progrès qui s'est fait dans ce domaine est dû à la volonté tenace de l'homme, à toute une organisation de puériculture, de protection de l'enfance, de médecine préventive et d'amélioration sociale.

Les quelques données que nous allons résumer ici sont empruntées à l'ouvrage de Debré, Joannon et Crémieu-Alcan. Ces auteurs divisent schématiquement les causes de la mortalité infantile en trois grandes classes : le péril congénital, le péril alimentaire et le péril infectieux. Nous allons étudier successivement chacune de ces classes de causes.



Le péril congénital comprend les causes de la mortalité, de la prématuration incompatible avec une longue survie et les facteurs obstétricaux de la mortalité infantile.

On peut diviser cette classe de causes encore en deux

groupes : les causes obstétricales et les causes anobstétricales. Nous serons forcés, dans ces statistiques de confondre dans les mêmes rubriques la mortalité infantile proprement dite avec la morti-natalité, le taux étant rapporté à 1.000 naissances vivantes.

La mortalité obstétricale donne le taux de 16 p. 1.000. Parmi ses causes, on trouve les anomalies obstétricales suivantes :

Rétrécissements du bassin	3,5
Anomalies du placenta	2,8
Dystocies fœtales	2,1
Présentations vicieuses	4,5
Anomalies de l'utérus	1
Anomalies du cordon	1,2
Autres causes	0,6

Les causes anobstétricales donnent un taux légèrement inférieur (11,9 à 13,1). Parmi ces causes, l'importance de chacune d'elles varie avec les pays, mais cette variation est due beaucoup plus aux conceptions médicales différentes qu'à une différence réelle. Ainsi, en France, on admet que 25,9 % des mort-nés succombent à la syphilis, alors que dans la grande majorité des autres pays on ne donne que 5,1 % de morts dues à la syphilis. Il serait absurde de penser qu'il y a en France plus de cinq fois plus de syphilitiques qu'ailleurs. Il y a seulement le fait que les conceptions médicales françaises sont beaucoup plus centrées sur la syphilis que celles des médecins d'autres pays. On retrouve ainsi dans les statistiques de ces pays le pourcentage perdu sous forme de malformations congénitales et de toxémie gravidique.

Pratiquement, ce qu'il importe de retenir, c'est que le péril congénital représente une fraction difficilement compressible de la mortalité infantile. Il faudrait des progrès considérables de l'obstétrique pour pouvoir réduire cette fraction. Une lente diminution est peut-être à espérer comme une conséquence lointaine de la lutte antisiphilitique.



Le péril alimentaire se résume à deux causes : abandon de l'allaitement maternel et défauts de l'allaitement artificiel. Il semble, en effet, que l'inconvénient essentiel de l'allaitement artificiel est la grande facilité avec laquelle on peut y commettre des fautes. On a déjà beaucoup fait pour conjurer le péril alimentaire. On a appris aux mères les bons principes de l'alimentation des nourrissons, on les a encouragées à allaiter leurs enfants elles-mêmes et, enfin, on leur a fourni les moyens d'une alimentation rationnelle. Des consultations de nourrissons se sont ouvertes, des infirmières visiteuses vont à domicile pour découvrir les causes de la mortalité infantile et pour y remédier dans la mesure du possible, etc. Les limites de cette activité sont tracées par les possibilités économiques. Si celles-ci étaient illimitées, le péril alimentaire devrait théoriquement être réduit à zéro. C'est à peu près ce qui s'est passé dans les pays qui ont tourné tous leurs efforts vers la lutte contre la mortalité infantile. C'est certainement la fraction qui se prêterait encore le mieux à

une compression en France, mais seulement au prix de nouveaux efforts budgétaires.

*
**

Le péril infectieux représente encore presque la moitié de la mortalité infantile. Voici ses causes développées en cause de la mort pour 1.000 naissances :

MALADIE	POUR 1.000 NAISSANCES VIVANTES
Coqueluche	2,6
Rougeole	2,1
Grippe	1,7
Autres maladies inf. aiguës	0,4
Syphilis	2,9
Tuberculose	1,4

La lutte contre le péril infectieux comprend deux éléments : l'amélioration générale des conditions hygiéniques d'une part et le perfectionnement de nos moyens thérapeutiques curatifs et préventifs contre chacune des maladies individuellement.

L'amélioration générale des conditions d'hygiène est uniquement une question économique. Il ne semble pas que nous ayons encore de choses importantes à apprendre dans ce domaine. Ce qu'il faudrait c'est répandre les notions bien acquises dans un public aussi large que possible, ainsi qu'à fournir des moyens à chacun de pouvoir appliquer les principes d'hygiène.

Debré et ses collaborateurs montrent par le tableau suivant le rôle des mesures sanitaires et des mesures économiques dans les trois classes de causes :

	MES. SANITAIRES	MES. ÉCONOMIQUES
Péril congénital . . .	+++	+
Péril alimentaire .	++	++
Péril infectieux .	+	+++

Ce tableau est peut-être un peu schématique, mais il montre bien dans quel sens doivent être dirigés les efforts.

CHAPITRE V

LA REGULATION DU PEUPLEMENT DE LA TERRE

Il est très difficile de se faire une idée du taux de la natalité chez l'homme naturel, non civilisé. Les chiffres les plus élevés que nous constatons aujourd'hui sont de l'ordre de 50 p. 1.000. Notons que ces taux maxima de natalité n'existent que dans les collectivités qui ont une mortalité extrêmement élevée. Il semble, en effet, que le peuplement de la terre par l'homme s'est fait très lentement. Ainsi, en Europe, entre le XII^e et le XVII^e siècles, la population ne semble avoir augmenté que de 10 p. 1.000. Par contre, le chiffre a doublé du XVIII^e au XIX^e siècles.

Tout semble donc indiquer qu'une forte natalité correspondait toujours à une forte mortalité et l'excédent des naissances sur les morts était relativement faible. On arrive donc à considérer, avec René Sand, que le principal facteur de l'accroissement de la population n'est pas l'augmentation de la natalité, mais la diminution de la mortalité.

Le rôle de chacun des deux facteurs du peuplement apparaît de ce raisonnement de Marcel Moine que nous reproduisons intégralement. L'auteur formule les deux hypothèses suivantes :

« 1^o Quelle aurait été notre population au recense-

ment de 1931, si, conjointement à la diminution de notre natalité, notre mortalité était restée stationnaire?

« 2° Quelle aurait été notre population au recensement de 1931, dans le cas où, parallèlement à la diminution de la mortalité, la natalité était restée la même que vers 1810-1830, époque de son apogée?

« La première hypothèse résulte de l'accumulation du déficit démographique, mesuré année par année, que nous aurions connu dès 1880 et dont le déséquilibre émane à la fois de notre dénatalité réelle et d'une mortalité de 250 décès pour 10.000 habitants, enregistrée vers 1810-1830, et supposée constante depuis lors.

« Elle conduit à l'évaluation d'une perte minimum de 13.440.000 sujets ramenant notre population actuelle de 41.835.000 à 28.395.000.

« Pour permettre à l'estimer à sa juste valeur, nous avons délimité la zone de notre territoire métropolitain, couvrant 35 départements situés à l'ouest du méridien de Paris, dont la disparition complète de la population correspondrait à la perte de ces 13.440.000 individus.

« Autrement dit, notre densité serait tombée de 76 à 52,5 habitants au km².

« Deuxième hypothèse. Si, parallèlement au déclin du taux de notre mortalité générale, nous avions continué à connaître un taux normal de natalité, quel serait aujourd'hui le chiffre de notre population?

« Nous aurions aujourd'hui, sur notre population actuelle, un excédent de 47 millions 362.000 sujets, ce qui la porterait à 89.162.000. »

Il est évident que, même avec une production supérieure à celle de la France actuelle, il serait impossible de faire vivre cette population. Tout se passe donc comme

s'il y avait une sorte d'autorégulation du peuplement, tendant à maintenir le nombre des habitants à un taux optimum par rapport aux moyens de subsistance.

CHAPITRE VI

L'AVENIR DEMOGRAPHIQUE DES PAYS CIVILISÉS

Rien n'est plus controversé que les prévisions concernant le peuplement des divers pays. Disons immédiatement que toute prévision démographique est purement hypothétique, ainsi que le disent les statisticiens eux-mêmes. Voilà ce que dit Savorgnan, le directeur de l'Institut central de statistique de Rome : « Les calculs démographiques qu'il faut refaire continuellement, parce que les hypothèses sur lesquelles on se base deviennent fausses et contraires au développement réel des phénomènes, constituent le travail décisif, qui n'est admirable que par l'effort tenace avec lequel on tente de fixer les regards dans l'immensité ténébreuse de l'avenir. »

On a jeté des cris d'alarme, en prédisant un prochain dépeuplement de la France qui en ferait une proie facile pour le premier envahisseur venu, on a dénoncé « le suicide de la race blanche » et même on prophétisait une disparition de toute l'espèce humaine. Cela en même temps que d'autres, disciples plus ou moins lointains de Malthus, prédisent le temps où la terre surpeuplée ne pourra pas nourrir l'humanité.

Il semble bien que la vérité est encore au milieu.

Nous avons vu effectivement que la natalité était en baisse partout et cela déjà depuis bien avant la crise économique mondiale, bien avant la grande guerre. Peut-on dire qu'il y a une relation de cause à effet entre la dénatalité et la baisse de la mortalité? Une telle assertion est bien téméraire, mais si l'on examine les chiffres, on arrive fatalement à la conclusion qu'il n'y a aucun pays où la natalité ait augmenté en même temps que la mortalité diminuait. Par contre, partout les baisses des deux facteurs évoluaient parallèlement en cherchant à maintenir la population à un taux fixe. Faut-il croire, avec Ch. Gide, que « la densité de la population en Europe paraît avoir atteint le maximum compatible avec les ressources alimentaires actuelles »? Cela est sans doute vrai, mais en attribuant aux ressources alimentaires une valeur essentiellement variable. Il n'est pas douteux que ces ressources pourront subir une augmentation considérable lorsque l'homme saura tirer tous les profits des progrès techniques que lui a offerts la science. Nous pensons qu'à ce moment-là, le taux de la population se relèvera tout seul, sans qu'il soit nécessaire de faire une propagande à cet effet.

Il est infiniment vraisemblable que la population de la terre a subi des variations considérables pendant l'histoire et aux époques préhistoriques. Cependant, avec des hauts et des bas, cette population a certainement augmenté et dans des proportions énormes. Un problème se pose alors, que nous nous garderons bien de résoudre, mais qui, à notre avis, constitue l'essentiel de toute la question : Un pays est-il prospère parce qu'il est surpeuplé, ou bien est-il surpeuplé parce qu'il est prospère? D'ailleurs, ce qu'il faut rechercher ce n'est pas un surpeuplement, mais un optimum de peuplement et nous ne

pouvons faire mieux que de terminer avec cette phrase de Voltaire : « Qu'importe qu'il y ait beaucoup ou peu d'hommes sur la terre; l'essentiel est que cette pauvre espèce soit la moins malheureuse qu'il est possible. »

CONCLUSIONS

1° La population est déterminée essentiellement par deux facteurs : la natalité et la mortalité. Cependant, le rapport entre la natalité et la mortalité infantile rend peut-être mieux compte du dynamisme du peuplement que le rapport précédent.

2° L'examen objectif des chiffres montre que dans l'immense majorité des pays la natalité a baissé depuis une cinquantaine d'années dans une proportion variant entre 20 et 45 %. Bien que cette baisse ait commencé en France plus tôt qu'ailleurs, elle y a été plutôt modérée. Depuis cinq ou six ans, cette baisse générale tend à se stabiliser, mais à un niveau très inférieur à celui du siècle dernier. Aucun pays du monde ne présente actuellement une hausse notable de la natalité.

3° Parallèlement à la baisse de la natalité, on observe une diminution de la mortalité et en particulier de la mortalité infantile. Il est à remarquer que ce sont les pays à la natalité la plus basse qui présentent aussi la plus faible mortalité infantile. En France, cette dernière a baissé deux fois plus que la natalité, de sorte que le déficit actuel du peuplement français semble être dû à une forte mortalité des adultes dans laquelle la tuberculose joue un rôle décisif.

4° Nous ne savons rien des facteurs qui influent sur la natalité, ce qui explique que toute tentative pour la modifier s'est montrée jusqu'ici vaine. Les facteurs économiques immédiats ne paraissent intervenir qu'à rebours, les pays pauvres ayant une natalité plus forte, de même que dans un même pays les classes pauvres l'emportent sur les classes aisées (loi de Bertillon).

5° L'étude des causes de la mortalité infantile montre qu'on est loin d'avoir atteint encore les limites de nos possibilités actuelles, si l'on ne tient pas compte des facteurs budgétaires.

6° Le peuplement de la terre étant en augmentation incessante, aucune alarme ne semble justifiée. Entre ceux qui craignent la dépopulation et ceux qui redoutent le surpeuplement, ce sont sans doute les tenants du milieu qui ont raison : la population tend dans tous les pays vers un taux optimum compatible avec les ressources économiques actuelles.

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. NOBÉCOURT.

Vu : *Le Doyen*,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire Statistique de la Société des Nations, 1937-38.

BERTILLON. — *Bull. Stat. de la Ville de Paris*, 1893,
t. 5.

DEBRE, JOANNON et CREMIEU-ALCAN. — *La mortalité infantile et la morti-natalité*. Paris, 1933.

HERSCH. — *L'inégalité devant la mort*. *Rev. Econ. polit.*, 1920.

LANDRY. — *La révolution démographique*. Paris, 1934.

MOINE. — *Une expertise de la démographie française*.
Siècle Méd., 15 mai 1937.

PIERREVILLE. — *L'inégalité humaine devant la mort et la maladie*. Paris, 1935.

RICHET. — *La dénatalité française*. *Acad. Méd.*, 12 février 1935.

SAND. — *L'économie humaine par la médecine sociale*.
Paris, 1934.

